



5016-2. INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA EVOLUCIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

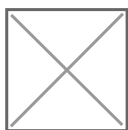
Aurelio Quesada Dorador¹, Luis Díez Albero², Bruno Bochar-Villanueva¹, Javier Jiménez Bello¹, Blanca Trejo Velasco¹, Ricardo Rubini Costa², Rafael Payá Serrano¹ y Ricardo Rubini Puig¹ del ¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia, y ²Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es capaz de provocar marcadas alteraciones estructurales en los tejidos y en la microcirculación afectando a todo el sistema cardiovascular. Aunque estos cambios podrían influir desfavorablemente sobre la fibrilación auricular (FA), su impacto sobre ésta no ha sido bien estudiado. Por ello, nos propusimos estudiar si la DM modifica la presentación clínica y el pronóstico a largo plazo de la FA.

Métodos: Se recogieron retrospectivamente los datos demográficos, de tratamiento y clínicos de todos los pacientes (2.133) atendidos en Urgencias por FA durante los años 2010-2015, estudiando su evolución durante un seguimiento mínimo de un año. Se anotaron todos los eventos relevantes con su fecha de aparición, incluyendo mortalidad total, hospitalizaciones y visitas a Urgencias, fenómenos embólicos y hemorrágicos y recidiva de la arritmia. Eventos adversos significativos. Dividimos nuestra población en 2 grupos según presentaran DM (734 pacientes) o no (1.279 pacientes). Se excluyeron 120 pacientes.

Resultados: Basalmente, el grupo con DM presentaba un número significativamente mayor de comorbilidades, como miocardiopatía isquémica (12,7% DM frente a 7,1% no DM), insuficiencia cardiaca previa (IC) (23,2 frente a 18,0%), hipertensión arterial (88,6 frente a 68,8%), obesidad (12,5 frente a 6,2%), insuficiencia renal crónica 15,3 frente a 9,3%) y ACV (13,76 frente a 8,29%), CHA₂DS₂-VASc ($4,54 \pm 1,42$ frente a $2,76 \pm 0,95$) (todos, $p < 0,001$). La disnea/EAP como presentación clínica fue más frecuente en los diabéticos (40,8 frente a 30%, $p < 0,001$) y las palpitaciones más en no-DM (25,3 frente a 33%, $p < 0,001$). Durante un seguimiento medio de $3,34 \pm 1,55$ años, los pacientes con DM presentaron mayor mortalidad que los no diabéticos (46,5 frente a 37,2%, $p < 0,001$) (figura) y mayores tasas de hospitalización asistencia en Urgencias, riesgo de IC (tabla). El análisis multivariado demostró que la DM fue un factor predictor independiente de mortalidad (HR: 1,065; IC95% 1,065-1,421; $p = 0,005$).



Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para el objetivo clínico primario de mortalidad total de pacientes con FA según presentaran o no diabetes.

Incidencia de eventos adversos en el seguimiento

Eventos durante el seguimiento	Diabéticos (n = 734)	No diabéticos (n = 1,279)	p
Mortalidad total	341 (46,46 %)	476 (37,22 %)	0,001
Recidiva de la FA	84 (11,44 %)	140 (10,95 %)	0,732
Hospitalización	276 (37,60 %)	354 (27,68 %)	0,001
Asistencia a Urgencias	450 (61,31 %)	711 (55,59 %)	0,012
Insuficiencia cardiaca en el seguimiento	191 (26,02 %)	256 (20,02 %)	0,002
Hemorragia mayor	47 (6,40 %)	86 (6,72 %)	0,78
Embolia	65 (8,86 %)	97 (7,58 %)	0,313

Conclusiones: En los pacientes con FA, la presencia de DM define un grupo de especial riesgo que se asocia de forma significativa a un peor perfil clínico basal, a una presentación clínica más atípica y a un peor pronóstico a largo plazo.